

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA
División de Incapacidades del Desarrollo
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL (ISP)

REVISIÓN DEL COORDINADOR DE APOYO DEL PLAN ISP

NOMBRE DEL INDIVIDUO (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)	NÚMERO ASSISTS
---	----------------

ELEGIBILIDAD

ALTCS TSC DDD (sólo si es costeado por el estado) AzEIP

Programa para los dependientes de ventiladores (*con copia a Servicios de Salud/Vent RN*)

FRECUENCIA

90 días 180 días Otra:

PERSONAS PRESENTES DURANTE LA REVISIÓN (*favor de incluir títulos y nombre de la agencia, si son pertinentes*)

LOCAL DE LA REVISIÓN	FECHA DE LA REVISIÓN
----------------------	----------------------

OTROS MIEMBROS DEL GRUPO CONSULTADOS

Nombre/Título	Agencia	Fecha de la comunicación

Use el espacio a abajo para escribir descripciones de lo siguiente (*si necesita espacio adicional, use DDD-1271A página de continuación*):

1. Su interacción con la persona a quien sirve. Anote cambios significativos a partir del último ISP y el progreso logrado.
2. Cómo ve el individuo/la persona responsable el progreso del individuo hacia las metas/los objetivos, su nivel de satisfacción con los servicios y proveedores, y sus inquietudes acerca de las necesidades no servidas. Documente los esfuerzos para obtener los servicios y apoyos necesarios.
3. Cómo ven los proveedores y otros miembros del grupo el progreso del individuo, y sus inquietudes acerca de las necesidades no servidas.
4. Cambios en el estado médico y funcional del individuo, tales como cambio del médico de cuidado primario (PCP), visitas a médicos u hospitalizaciones, cambios en órdenes médicas, evaluaciones nuevas o seguimiento a evaluaciones o citas previas, cambios de medicamentos, equipo médico duradero o condición de salud mental.
5. Si recibe servicios de salud mental, indique el progreso del individuo hacia su objetivo(s)/resultado(s). Por favor reúna la información obtenida de los padres/encargados del cuidado del individuo, así como de conversaciones con el enlace QBHP/clínico.
6. ¿Tiene el individuo cobertura de seguros médicos privada? Sí No
(*Apunte cualquier cambios en la cobertura y lo registre en FOCUS.*)

7.	SI HAY EVALUACIONES PROFESIONALES NUEVAS, ¿TODO EL SEGUIMIENTO NECESARIO HA SIDO REALIZADO?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
8.	¿SE HA RECIBIDO INFORMES DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS EN RELACIÓN A TODOS LOS OBJETIVOS, INCLUSO LA SALUD MENTAL Y TERAPIAS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
9.	¿SE HA LOGRADO PROGRESO HACIA TODAS LAS METAS Y LOS OBJETIVOS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
10.	¿EL INDIVIDUO RECIBE CON REGULARIDAD LOS SERVICIOS LISTADOS EN EL PLAN ISP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
11.	¿EL INDIVIDUO HA RECIBIDO SEGÚN LO PREVISTO Y LO CONVENIDO CON EL PROVEEDOR LOS SERVICIOS DE AYUDANTE DE CUIDADO, FAENAS DOMÉSTICAS, HABILITACIÓN, INDEPENDIENTE (HAI), O RESPIRO?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
12.	SI EL INDIVIDUO RECIBE SERVICIOS DE AYUDANTE DE CUIDADO O FAENAS DOMÉSTICAS, ¿LO HA VERIFICADO APROPIADAMENTE?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
13.	¿TODOS LOS SERVICIOS INDIRECTOS, INCLUSO LOS EDUCATIVOS Y VOCACIONALES, ESTÁN REGISTRADOS EN FOCUS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
14.	¿LOS SERVICIOS LISTADOS EN EL PLAN DE APOYO INDIVIDUAL O REVISIÓN DEL PLAN DE APOYO VALE LOS QUE HAN REGISTRADOS EN FOCUS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
15.	¿ESTOS SERVICIOS (<i>directos e indirectos</i>) SON SUFICIENTES Y APROPIADOS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DEL INDIVIDUO?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
16.	SI EL INDIVIDUO ESPERA SERVICIO(S), ¿LE HA SIDO OFRECIDO O ESTÁ RECIBIENDO SERVICIO(S) ALTERNATIVO(S)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
17.	SI EL INDIVIDUO ESPERA SERVICIOS, ¿HA SIDO REGISTRADO EN FOCUS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
18.	SI EL INDIVIDUO NO HA UTILIZADO SERVICIOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS, ¿TODAVÍA NECESITA LOS SERVICIOS DE ALTCS? (<i>explique</i>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
19.	¿CUESTAN MENOS DEL 80% DE CUIDADO EN UNA INSTITUCIÓN LOS SERVICIOS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
20.	¿HAN CONCLUIDO LAS ASIGNACIONES DEL GRUPO EN EL ISP MAS RECIENTE Y LAS REVISIONES SUBSECUENTES? (<i>incluso al aviso de que han comenzado los servicios</i>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
21.	SI ES NECESARIO, ¿EL INDIVIDUO HA SIDO REFERIDO A UN PROVEEDOR DE SALUD MENTAL?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
22.	¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN LAS ASIGNACIONES DE PBHP/QBHP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A

	Nombre:	Título:		
23.	¿SE HA REGISTRADO EL CÓDIGO DE SALUD MENTAL CORRECTO EN FOCUS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
24.	SI LA PERSONA RECIBE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS/PSICOTRÓPICOS, ¿SON EFECTIVOS Y NO LE HAN CAUSADO EFECTOS ADVERSOS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
25.	¿ESTA SATISFECHO CON EL PLAN DE SALUD/PCP EL INDIVIDUO/LA PERSONA RESPONSABLE? (<i>médico, de cuidado primario</i>) ¿Y EL CUIDADO DE SEGUIMIENTO MEDICO?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
26.	HAS THE ALTCS HEALTH PLAN PCP CODE (PRIMARY CARE PROVIDER) BEEN UPDATED IN FOCUS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
27.	¿SABE UBICAR RECURSOS EN LA COMUNIDAD EL INDIVIDUO/LA PERSONA RESPONSABLE? (<i>tales como vivienda, beneficios del gobierno, etc.</i>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
28.	¿HA SIDO CONCLUIDO o REVISADO UNA EVALUACIÓN DE RIESGO?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
29.	SI EL INDIVIDUO RECIBE SERVICIOS DE CUIDADO DE AYUDANTE, HABILITACIÓN, RESPIRO, FAENAS DOMÉSTICAS, ¿HA SIDO DESARROLLADO UN PLAN AUXILIAR EN CASO DE NO VIENE UN PROVEEDOR?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
30.	¿SE HA SIDO FIRMADO EL PLAN ALTERNATIVO POR EL INDIVIDUO O PERSONA RESPONSABLE Y MARCADO CON SUS INICIALES TRIMESTRALMENTE?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A

Si respondió que "No" a alguna de las preguntas anteriores, escriba y explique a continuación los remedios necesarios (si necesita espacio adicional, use DDD-1271A página de continuación):

SOLO PARA TSC: ¿EL INDIVIDUO O LA PERSONA RESPONSABLE DESEA HACER ALGÚN CAMBIO EN EL TIPO Y/O LA FRECUENCIA DE COMUNICACIONES?

Sí No Tipo: _____ Frecuencia: _____

- ◆ De ser pertinente, llene el PRE-PAS de TSC o DDD individual y recomiéndole a ALTCS.
- ◆ Si como resultado de esta revisión es necesario cambiar el plan ISP de la persona, llene e incluya el formulario DD-224, cambio en el ISP.
- ◆ Imprima la pantalla del Plan de Servicios FOCUS actualizada e inclúyala con esta revisión en el archive del cliente.

FIRMA DEL COORDINADOR DE APOYO NOMBRE DEL COORDINADOR DE APOYO. (*Favor de escribir de letras de molde*) DATE

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ♦ Available in English